

Ueber

ventrifixatio uteri retroflexi

mit Einschluss

von fünf von Herrn Prof. Dr. Nieberding
operierten Fällen.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

hohen medizinischen Fakultät

der

kgf. bayr. Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt

von

Rupert Schmid,

prakt. Arzt in Kallmünz (Oberpfalz).

Erlangen 1898.

Druck der Universitäts-Buchdruckerei von E. Th. Jacob.

Gedruckt mit Genehmigung der hohen medizinischen
Fakultät in Würzburg.

Referent: Dr. Hofmeier.

Die Häufigkeit der retroversio und retroflexio uteri und die Aussichtslosigkeit der sogenannten stumpfen Behandlungsweisen in einer grossen Anzahl von Fällen (20% nach Sänger) hat mit den Fortschritten der operativen Gynäkologie eine operative Behandlung herausgefordert. Die idealen Grundbedingungen einer Heilmethode: Ungefährlichkeit, Sicherheit und Herstellung eines dem physiologischen entsprechenden Zustandes sind damit freilich noch nicht vollständig erreicht. Diese operativen Bestrebungen zur Heilung der retroversio-flexio uteri gehören durchaus der neueren und neuesten Zeit an. Es wurden dabei verschiedene Wege eingeschlagen, verschiedene Methoden erdacht und durchgeführt. So wurde die schon von Aran (bzw. Alquié 1840) angeregte Idee, die Verkürzung der runden Mutterbänder zur Beseitigung von retroflexio uteri zu verwerten, von Alexander 1881 ausgeführt. Dieses Verfahren begegnete aber in Deutschland fast durchweg einer grundsätzlichen Ablehnung. Die von Frommel nach dem Vorgange von Freund ausgeführte Verkürzung der ligamenta sacro-uterina nach Ausführung der Laparotomie hätte wohl den Vorzug gehabt, vollkommen normale Verhältnisse zu schaffen, hat aber den Anforderungen der Praxis nicht entsprochen. In radikalster Weise verfuhr Koeberlé, der im Jahre 1877 bei einer retroflexio uteri mit erheblichen Beschwerden die Castration ausführte und den Uterus durch Einnähung der Ligaturstümpfe in die Bauchwunde nach vorn fixierte.¹⁾ Im selben Jahre machte Peter Müller den Vorschlag, als ein Mittel zur Heilung beschwerlicher Retro-

1. Sänger, Centralblatt für Gynäkologie 1888 Nr. 2.

flexionen den Uterus von oben an die Bauchdecken zu fixieren. Doch standen diesem Vorschlage hervorragende Gynäkologen zurückhaltend gegenüber. So schrieb 1881 B. S. Schultze, er bezeichne es als einen sicher beachtenswerten Gedanken, wenn die Laparotomie anderweitig indiziert sei, die Gelegenheit zu benützen, den Uterus durch Anheilen an die vordere Bauchwand definitiv vor Recidiven alter Flexionen zu sichern. Doch ist er der Meinung, dass der Gedanke, um der retroflexio willen die Laparotomie zu machen, nur für jene Fälle fester Verlötung des Uterus in Betracht komme, in welchen die Trennung der Adhäsionen bei geschlossener Bauchwand in tiefer Narkose nicht gelinge. Für diese Fälle scheine ihm allerdings bis jetzt noch die Gefahr der Operation zu den in Aussicht stehenden Erfolgen nicht im Verhältnis zu stehen. In ähnlicher Weise spricht sich auch Winckel (1886) aus:¹⁾ „Natürlich hat man schliesslich auch die Panacee der modernen Gynäkologie, die Laparotomie empfohlen, um den Uterus an die vordere Bauchwand anzuheilen. Dass sie bei einer Ovariectomie unter Umständen gerechtfertigt sein kann, ist wahrscheinlich, ebenso, dass sie bei grossen und festen Adhäsionen eventuell in Frage kommen kann.“

Erst auf der Berliner Naturforscherversammlung 1886 wurde die Frage von der ventralen Fixation des retroflectierten Uterus durch die Laparotomie von Olshausen aufs neue aufgenommen, es war ihm vorbehalten, die Bedeutung dieser Operation klar zu kennzeichnen und ihr das Bürgerrecht in der operativen Gynäkologie zu erwerben. Aber auch Olshausen betonte noch, dass er der Operation keine grössere Ausdehnung gegeben wissen wolle, sondern glaube, dass sie nur in vereinzelt und sonst trostlosen Krankheitsfällen von adhärenter Retroflexion am Platze sein könne, hob aber auch hervor, dass eine so einfache Laparotomie heutzutage mit nahezu sicherem Ausschluss nachfolgender Sepsis gemacht werden könne. Olshausen berichtete auf

1. Winckel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1886, S. 362.

der genannten Naturforscherversammlung über zwei von ihm selbst ausgeführte Ventrifixationen. Bis zu dieser Zeit haben nach einer modifizierten Koeberléschen Methode auch Fälle operiert und bekannt gegeben: Lawson Tait, Hennig, Bardenheuer, Czerny und Sänger. Kurz nach dem Erscheinen des Aufsatzes von Olshausen über ventrale Fixation des retroflektierten Uterus berichtete Howard A. Kelly über einen vor dessen Kenntnissnahme in fast gleicher Weise wie von Olshausen operierten Fall von retroflexio uteri mit doppelseitiger Adnexerkrankung. Dabei verlangt schon damals Kelly einen weiter gezogenen Wirkungskreis der Operation, nämlich für jede hartnäckige Retroflexion, wobei eine länger fortgesetzte Behandlung von der Scheide aus erfolglos geblieben ist.¹⁾

1889 veröffentlichte Leopold²⁾ 9 Fälle von ventrifixatio, darunter 3 reine Retroflexionen, die er selbst und mit gutem Erfolge ausgeführt hatte.

Sänger³⁾ berichtet über 7 Fälle, davon 2, bei denen überhaupt zum erstenmal nach Kocherlé-Olshausenscher Methode die Operation lediglich zu dem Zwecke der Antefixation des Uterus unternommen wurden. Sämtliche 7 Fälle sind genesen.

Es sind bis dahin weiterhin bekannt geworden von Klotz 17, Czerny 4 eigene Beobachtungen. 1890 berichtet Küstner⁴⁾ über eine grössere Anzahl (14) Ventrifixationen des Uterus, welche nur um der Lageanomalie des Uterus willen gemacht wurden und einen eclatanten Erfolg erzielten.

1891 werden aus der Leopoldschen Klinik von Sperling⁵⁾ weitere 10 Fälle von ventrifixatio uteri (im ganzen

1. Sänger, Centralblatt für Gynäkologie 1888 Nr. 2.

2. Leopold, v. Volkmann Sammlung klinischer Vorträge 1889 Nr. 333.

3. Sänger, Centralblatt für Gynäkologie 1888 Nr. 3, S. 34.

4. Küstner, v. Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge 1890 Nr. 9.

5. Sperling, deutsche mediz. Wochenschrift 1891 Nr. 25.

19), darunter 4 reine Retroflexionen mit 94% Heilerfolg veröffentlicht gleichzeitig mit der Angabe, dass sich an den ersten 9 operierten Fällen nach einer 2 bis 4jährigen Beobachtungszeit das Verfahren dauernd bewährt habe.

Unter den von Späth¹⁾ bekannt gegebenen Fällen im Jahre 1892 konnten 21 kontrolliert werden; in 17 Fällen blieb die Anteversionsflexionsstellung, in 4 Fällen ist die Retroflexion wieder eingetreten. Von den operierten 25 Fällen gab nur bei 7 die Retroflexion ausschliesslich die Anzeige zu operativem Eingreifen, davon war einer als misslungen zu bezeichnen.

Hofmaier²⁾ hatte bis 1892 die ventrifixatio an 9 komplizierten Fällen ausgeführt; in einem Fall, bei dem der den Uterus fixierende Faden zu früh entfernt wurde, trat nach einem Vierteljahr wieder Retroversion ein.

1893 veröffentlichte Löhlein³⁾ eine Beobachtungsreihe von 23 Ventrifixationen, die aber in der weitaus grösseren Mehrzahl nur als Nebenoperation gemacht wurden. Der Erfolg war durchweg gut.

v. Herff⁴⁾ berichtet aus der Frauenklinik zu Halle 16 Fälle aus den Jahren 1887—1893, darunter 3 unkomplizierte, reine Retroflexionen. Die Erfolge waren gut mit Ausnahme einer Hysterischen, bei welcher späterhin Recidiv der Hysterie in verschlimmertem Massstabe auftrat, und einer Neurasthenischen, bei welcher sich ebenfalls die nervösen Symptome verschlimmerten.

Im gleichen Jahre gab Czempin⁵⁾ 11 mit Glück operierte Fälle von Ventrifixation bekannt nach einer neuen Operationsmethode ohne Eröffnung der Bauchhöhle bzw. des Peritoneums.

Aus der Reihe zahlreicher Publikationen mögen noch

1) Späth, Münchener mediz. Wochenschrift 1892, Nr. 27.

2) Hofmaier, Grundriss der gynäkologischen Operationen 1892, pag. 321.

3) Löhlein, gynäkologische Tagesfragen 1893, 3. Heft.

4) v. Herff, Münchener mediz. Wochenschrift 1894, Nr. 41.

5) Czempin, deutsche mediz. Wochenschrift 1894, Nr. 11.

Erwähnung finden 32 Fälle reiner Ventrifixation, welche Olshausen¹⁾ vom Jahre 1886 bis Ende Dezember 1894 ausführte, eine, wie er selbst angibt, verhältnismässig geringe Zahl, da er mit der Operation der reinen Ventrifixation sehr sparsam gewesen sei; von den Erfolgen ist er durchaus befriedigt.

Da seit Einführung der ventrifixatio uteri retroflexi neben sehr beachtenswerten Erfolgen auch einige Misserfolge zu verzeichnen sind, so hat man den Grund für letztere teilweise in dem Operationsverfahren teilweise in der Anzeigestellung gesucht. Ueber die Operation selbst wurde anfänglich entgegnet, dass sie eine ideale Methode sicherlich nicht sei, eben deswegen, weil sie doch eine Fixation darstelle. Indessen zeigt sich, dass diese Fixation auf die Dauer thatsächlich keine absolute ist, sondern dass der Uterus eine überraschend ausgiebige Beweglichkeit erlangen kann, ohne wieder rückwärts zu sinken. Dafür sprechen auch die mehrfach beobachteten, normal verlaufenen Schwangerschaften und Geburten nach Ventrifixation. Eine Indication wird aber durch die Ventrifixation am besten erfüllt: die Erhebung des Uterus. Das Misslichste ist, dass die Operation die Laparotomie erfordert, wodurch ihre Vor- nahme sich auf einzelne, besonders dringliche Fälle beschränken muss. Das war auch mitbestimmend, dass man zu andern, scheinbar ungefährlicheren operativen Verfahren seine Zu- flucht nahm (vaginale Fixation etc.). Angesichts der That- sache aber, dass in der langen Beobachtungszeit kein Todesfall bekannt geworden ist, darf diese Laparotomie, wie schon Säger 1888 voraussagte, wenn von geübter Hand streng aseptisch ausgeführt als relativ ungefährlicher Ein- griff angesehen werden.

Die Ventrifixation selbst wurde nach verschiedenen Methoden geübt. Das von Olshausen modifizierte Koe- berlé'sche Verfahren bedeutet nach der technischen Seite

1) Olshausen, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie, XXXII. Bd. 3. Heft 1895.

einen wesentlichen Fortschritt, schreibt S ä n g e r 1888: „Wurde die Kastration vorausgeschickt, so sollen die Ligaturstümpfe nicht in die Bauchwunde, sondern durch mehrere Nähte aus nicht resorbirbarem Material seitlich von der Wunde an die Bauchwand geheftet werden nach innen von der arteria epigastrica inferior: würden die Adnexe erhalten, so sollten die Suturen nicht durch den fundus uteri, sondern beiderseits durch die Enden der cornua uteri bzw. durch die Wurzeln der ligamenta rotunda durchgeführt werden.“ Dadurch soll eine sehr haltbare Fixation des Uterus erzielt werden, anderseits lasse diese Methode dem Uterus mehr Freiheit als wo der fundus selbst angenäht werde. 1895 schreibt Olshausen: „Was die technische Seite der Operation angeht, so habe ich die in meiner ersten Publikation empfohlene Technik nicht verlassen.“ In gleicher Weise operierte Kelly, S ä n g e r u. A.

Sehr bald wurde die Technik durch Czerny und Leopold wesentlich verändert. Leopold¹⁾ begründet sein Verfahren mit den Worten: „Soll die ventrifixatio uteri an Vertrauen gewinnen, so muss das Verfahren einfach und zuverlässig sein.“ Die Annäherung des Uterus machte Leopold in allen Fällen so, dass ein bis drei tief umgreifende Bauchdeckennähte den Grund der Gebärmutter selbst mitfassen und ihn an den inneren Bauchdeckenwundrand dicht heranziehen. Die erste Naht dringt ca. $\frac{1}{2}$ —1 cm vor der Tubeneinfüguugsstelle, die zweite zwischen ihr und die dritte $\frac{1}{2}$ —1 cm hinter ihr quer unter der Serosa des Uterus hin, durch die oberen Muskellager ca. 2—3 mm tief und zieht, nachdem der untere Wundwinkel geschlossen, den Gebärmuttergrund dicht an die Bauchwunde heran. Dabei muss man acht haben, dass weder von oben noch von der Seite sich Netz oder Darmschlingen dazwischen drängen.

Die Czerny'sche Methode ist von der Leopold'schen nur wenig verschieden. Czerny befestigt den Grund des

1. Leopold, v. Volkmann, Sammlung klinischer Vorträge 1889 Nr. 333, pag. 14.

Uterus für sich durch ein bis zwei versenkte Katgutfäden und näht darüber noch die Bauchdecken mit Seide aneinander. Die Uebereinstimmung beider Operateure liegt darin, — und das ist die Hauptsache — dass der fundus der Gebärmutter angenäht worden ist. Das Leopold-Czerny'sche Verfahren hat sich sehr gut bewährt und vielfach Anwendung gefunden.

Hofmeier¹⁾ hat neben einer direkten Fixation des Uterus ähnlich wie Czerny noch die beiden ligamenta rotunda dicht neben dem Uterus durch tiefe, die ganzen Bauchdecken umfassende Nähte beiderseits angenäht. Jedenfalls ist dann die Fixation eine absolute.

Die sogenannte transperitoneale Methode,²⁾ die ventrifixatio uteri ohne Eröffnung des Bauchfells, welche in Deutschland zuerst Kaltenbach 1889 angeregt hatte, wurde neuerdings (1894) von Czempin empfohlen. Sie birgt aber viele Gefahren in sich. Es liegt die Möglichkeit nahe, dass Blase, Netz oder Darm verletzt wird. Kaltenbach selbst hat nur ein einziges Mal den Uterus ohne Eröffnung des Bauchfells ventrifixiert. Er hat seine Ansicht dahin geändert, dass ihm ein Operieren im Dunkeln zu unsicher erscheine. Insbesondere hielt er es für durchaus unverantwortlich, ohne genaue Kenntnis der Nebenerkrankungen, die bei schweren Fällen von retroflexio fast immer vorhanden sind und die ja bekanntlich oft genug die lästigen Beschwerden allein bedingen, die ventrifixatio auszuführen. Diese Methode wird deshalb zur Nachahmung nicht empfohlen. v. Herff bemerkt hiezu: „Wir haben so vorzügliche Methoden der Koeliohysteropexie, die alles Wünschenswerte vollauf leisten, dass die Schwierigkeiten der Operation nicht in der Technik liegen, sondern in der Anzeigestellung.“ Am einfachsten liegen die Verhältnisse, wenn die Fixation des Uterus an die vordere Bauchwand ausgeführt wird nach Laparotomie,

1) Hofmeier, Grundriss der gynäkolog. Operationen 1892.

2) v. Herff, Münchener mediz. Wochenschrift 1894, Nr. 41.
Merkel, ebenda 1895, Nr. 33.

die wegen einer anderweitigen Erkrankung notwendig war, wie bei der Kastration. So redet schon Säng^{er}¹⁾ 1888 einer regelmässigen Ausführung der ventrifixatio uteri im Anschluss an die Kastration das Wort in allen Fällen, wo zugleich eine fixierte oder nicht fixierte retroflexio uteri besteht, deren Fortbestand man sonst zu fürchten habe mit der Begründung, dass die der retroflexio zukommenden Symptome sich von den Symptomen der begleitenden Erkrankungen meist deutlich absondern lassen. Den Einwand, dass nach ausgeführter Kastration die Fixation des Uterus nicht mehr notwendig sei, da nun eine derartige Atrophie des Uterus eintrete, dass eine etwaige abnorme Lage ganz gleichgiltig sei, weist gleichfalls schon Säng^{er} zurück, indem er sagt: „Es kann die Rückbildung des Uterus doch sehr lange auf sich warten lassen, es können sich wieder Blutungen einstellen, es kann überhaupt durch Fortdauer der alten Beschwerden das Resultat der Kastration besonders im Hinblick aufs Nervensystem in Frage gestellt werden.“

Hofmeier²⁾ äussert sich zu dieser Frage dahin: „Jedenfalls kompliziert die Herstellung der künstlichen Antelexion auch die einmal ausgeführte Operation nicht wesentlich, und es erscheint jedenfalls wünschenswert, dass der Uterus später die normale Position hat.“

Ebenso entschlossen sich andere Autoren wie Kaltenbach, Fehling in komplizierten Fällen zur ventrifixatio, um sofort einen vollen Erfolg zu erzielen.

Schwieriger wird die Frage, wenn es sich um retroflexio uteri ohne Komplikationen handelt. Schultze und anfänglich auch Olshausen haben, wie schon eingangs bemerkt, die ventrifixatio uteri nur in vereinzelt und sonst trostlosen Fällen von adhärenter retroflexio für indiziert gehalten; Säng^{er}, Leopold und Küstner aber treten schon bald für eine Erweiterung der Indikation ein, nämlich auch für Fälle reiner Rückwärtslagerung des ganz beweglichen, nicht

1) Säng^{er}, Centralblatt für Gynäkologie 1888 Nr. 2, pag. 37.

2) Hofmeier, Grundriss der gynäkol. Operationen 1892, pag. 318.

verlöteten Uterus, wenn die Beschwerden der Kranken einzig und allein auf diese abnorme Lage zurückzuführen und alle andern bekannten, schonenderen Behandlungsarten vergeblich angewendet worden sind. Sänger betont insbesondere die Möglichkeit der späteren Fixation durch entzündliche Vorgänge und deren Folgen, weshalb er nicht anstehe, die ventrifixatio uteri mobilis für geeignete Fälle als eminent konservative Operation hinzustellen. Später ist auch Olshausen der Ansicht beigetreten, dass es in allen Fällen, wo eine Pessarbehandlung nicht möglich und anderweitige Behandlung aussichtslos ist, auch bei nicht fixierten Retroversionen, von dem Grade der Beschwerden abhängen muss, ob man sich zu einem operativen Eingriff entschliesst oder nicht; allerdings ist dabei Voraussetzung, dass man die Beschwerden der Kranken aufs Gewissenhafteste prüft und ihre Abhängigkeit von der Lageanomalie ausser Zweifel gesetzt hat. Hierin aber kann man auf bedeutende Schwierigkeiten stossen. Es verdienen in dieser Beziehung die Worte v. Herffs Beachtung¹⁾: „Die Anzeigestellung für Uterusfixation ist so streng wie nur möglich zu stellen. Es gibt meines Erachtens nichts Schwierigeres in der Gynäkologie als den Zusammenhang zwischen hysterischen und neurasthenischen Beschwerden und zufälliger Weise vorhandener Abnormitäten des Genitale klar zu legen, namentlich zu entscheiden, ob die nervösen und physischen Anomalien primärer oder sekundärer Art sind und im letzteren Falle, ob sie schon so selbstständig geworden sind, 'dass sie auch nach Beseitigung der materia, des Grundleidens nicht mehr schwinden. Irrtümer in dieser Richtung führen entweder nur zu sehr mässigen Erfolgen oder gar nach Abklingen der durch reine Suggestionwirkung bedingten Besserungen zu desto unangenehmeren Verschlimmerungen. Diese Schwierigkeiten sind so gross, dass man des Beirates sehr erfahrener Neurologen nicht immer entbehren kann. Ich verfechte deshalb seit meiner im Jahre 1885 zuerst ausge-

1) v. Herff, Münchener mediz. Wochenschrift 1894, Nr. 41.

fürhten reinen ventrifixatio, später unter Zustimmung Kaltenbachs und jetzt der von Fehling das Prinzip, bei nicht klarem Zusammenhang nervöser Leiden mit Sexualleiden die Kranken lieber erst dem Neurologen zu überweisen. Scheitern deren Heilbemühungen oder erklären diese die Beseitigung einer etwa vorhandenen schweren retroflexio für wünschenswert, so tritt die Operationsanzeige in Frage.“ Auf diese Weise dürfte man der durch manche Misserfolge drohenden Diskreditierung der sonst so segensreichen ventrifixatio am besten entgegenarbeiten.

Die Befürchtung, dass bei eintretender Schwangerschaft nach ventrifixatio uteri Zerrungserscheinungen oder habituelle Aborte eintreten würden, war unbegründet. Die Auflockerung derartiger Verwachsungen in der Schwangerschaft ermöglicht ihre Dehnungsfähigkeit in hohem Grade (Hofmeier). Es wurden auch schon im Jahre 1891 eine grosse Anzahl von ungestörten Schwangerschaften und Geburten nach ventrifixatio berichtet und die in den folgenden Jahren gemachten Beobachtungen in dieser Hinsicht ergeben keine Einschränkung der Indikation.

Ueber die Frage, ob ventrifixatio oder vaginaefixatio vorzuziehen sei, muss der einzelne Fall entscheiden. Nach Merkel¹⁾ wird ventrifixatio geübt werden bei all den Lageveränderungen, bei welchen wegen anderweitiger Eingriffe (Ovariectomie etc.) ohnedies die Bauchhöhle eröffnet wurde; sie wird ihr Recht behalten bei Mädchen und Frauen, die an mobiler retroflexio leiden, bei denen sich Ringbehandlung wegen enger Vagina und voraussichtlich langer Dauer, wegen psychischer Gründe u. dgl. verbietet; dem wäre noch beizufügen, bei Mädchen und Frauen, bei welchen die Möglichkeit späterer Gravidität gegeben ist. Vaginaefixatio wird geübt werden bei mobiler und fixierter retroflexio bei Frauen, die eine weite Scheide haben, bei denen Kolporrhaphien, Portiooperationen und Perineoplastiken mit vereinigt werden können und sollen.

1) Merkel, Münchener mediz. Wochenschrift 1895, Nr. 33.

Ueber den Erfolg der ventrifixatio berichtet Ols-hausen 1895: „Von den Erfolgen der Operation sind wir wie fast alle Operateure durchaus befriedigt, Todesfälle sind uns nicht vorgekommen. Die Beschwerden der Kranken wurden in den allermeisten Fällen schnell und dauernd gebessert.“

Nach den vorgetragenen Gesichtspunkten sollen die folgenden fünf Fälle von ventrifixatio uteri bei retroflexio betrachtet werden, die mir durch die Güte des Herrn Professors Dr. Nieberding, welcher die Operation ausführte, zur Verfügung gestellt wurden, wofür ich an dieser Stelle den geziemenden Dank ausspreche.

I. Fall.

Anamnese: Frl. K. aus O., 26 Jahre alt, leidet seit mehreren Jahren an Menorrhagien, Fluor, Kreuzschmerzen, ziehenden Schmerzen im Unterleib, Verdauungsbeschwerden, Kopfschmerzen und Schwindlichkeit. Sie ist vollkommen arbeitsunfähig, und zwar sind es hauptsächlich Schmerzen in der rechten Seite, welche jede ausgiebige Körperbewegung unmöglich machen.

Diagnose: Mobiler, retroflektierter Uterus; Endometritis und Metritis.

Therapie: Es wurde zuerst die endometritis durch Ausschabung behandelt, der dann eine intrauterine Karbolbehandlung mit $66\frac{2}{3}\%$ Karbolspirituslösung folgte. Nach der Heilung wurde der Uterus bimanuell reponiert und durch ein Thomaspessar in der Anteversionsstellung zu erhalten gesucht. Der Uterus wurde jedoch jeden Morgen von neuem in seiner retroflektierten Stellung gefunden. Ungefähr 14 Tage lang wurde die Behandlung mit verschiedenen Pessarien durchgeführt, jedoch ohne Erfolg. Es schien hoch-

gradige Beweglichkeit des Uterus die dauernde Anteversionsstellung zu vereiteln. Deshalb wurde am 15. Dezember 1896 die ventrifixatio nach Leopold-Czerny'scher Methode ausgeführt. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wurden die beiden Ovarien gesund befunden, ebenso die beiden ligamenta lata und die Tuben. Der Uterus wurde mit drei durch die Bauchdecken geführten Seidennähten an die Bauchwand herangenäht und die übrige Bauchwunde verschlossen. Die Heilung erfolgte reaktionslos; Entfernung der Laparotomie-nähte erfolgte am 8., der Uterusnähte am 15. Tage nach der Operation. Die Operierte wurde am 20. Tage entlassen.

Bei einer späteren Vorstellung der Patientin (nach $\frac{1}{2}$ Jahre) ergab sich, dass der Uterus in normaler Anteversionsstellung der Bauchwand adhärent lag. Patientin fühlte sich wohl, war arbeitsfähig; nur klagte sie noch über häufig eintretende Schmerzen in der rechten Seite.

In diesem Falle handelte es sich um eine retroflexio mobilis ohne Komplikation. War ein operativer Eingriff indiziert und welcher? Die nach Heilung der Endometritis noch vorhandenen Beschwerden konnten sicher von der Lageanomalie des Uterus abhängig gemacht werden; eine Pessarbehandlung führte nicht zum Ziele, und die Beschwerden konnten schon deswegen als hochgradige bezeichnet werden, da sie vollkommene Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatten. Von operativen Eingriffen kam Vaginaefixation nicht in Frage, da die Möglichkeit späterer Gravidität gegeben war. Es blieb nur ventrifixatio übrig, da die Adam-Alexander'sche Operation ebenso eingreifend gewesen wäre, ohne den gleich sicheren Erfolg zu versprechen.

II. Fall.

Anamnese: Frl. S. aus W., 43 Jahre alt, klagt über alle möglichen, seit einer Reihe von Jahren bestehende Beschwerden, Kreuzschmerzen, Unterleibsschmerzen, Schmerzen

in den Beinen, über Harndrang und Unvermögen, denselben zurückzuhalten. Patientin zeigt ausgeprägte Hysterie.

Status: Uterus vergrößert mit starker Retroversionsstellung und Fixation an der hinteren Beckenwand. Es machte bei der Untersuchung per rectum den Anschein, dass der Uterus selbst nicht adhärent sei, sondern die Fixation durch eine auffallende Verkürzung der beiden ligamenta lata mit Adhäsion derselben an der hinteren, seitlichen Beckenwand bedingt sei. Die beiden Ovarien waren vergrößert, fixiert und zeigten eine höckerige Oberfläche.

Diagnose: Beiderseitige Parumetritis; Perimetritis; chronische Peri- und Oophoritis.

Therapie: Castration mit nachfolgender Ventrifixation.

Operation am 31. Dezember 1896. Es wurden die Ovarien, die hinten adhärent lagen, allmählich hervorgezogen, das Mesovarium jeder Seite durch eine doppelte und Gesammligatur mit Catgut unterbunden und dann abgeschnitten. Dann wurden die beiden Mutterbänder, welche auf jeder Seite ausgedehnte, bindegewebige Verwachsungen mit der hinteren Beckenwand darboten, mit der Hand zerissen und nun der Uterus allmählich der vorderen Bauchwand genähert und die ventrifixatio uteri nach Leopold-Czerny'scher Methode ausgeführt. Es wurde die vordere Wand des Uterus durch drei durch die Bauchdecken geführte Seidenfäden an die vordere Bauchwand genäht. Die oberste Naht wurde in der Höhe der beiden Tubeninsertionen, die beiden andern etwas darunter angelegt, hierauf die übrige Bauchwunde geschlossen. Die Laparotomiennähte wurden am 9., die drei Uterusnähte am 15. Tage entfernt. Patientin wurde am 19. Tage nach der Operation entlassen.

Eine spätere, ca. $\frac{1}{2}$ Jahr nachher vorgenommene Untersuchung ergab den Uterus in richtiger Lage; der Harndrang war bedeutend gebessert, indessen klagte Patientin über häufigen, unwillkürlichen Harnabfluss, der auch augenblicklich noch bestehen soll. Die Hysterie hatte sich nicht gebessert.

In diesem Falle war die Laparotomie wegen der Kastration notwendig, die ventrifixatio komplizierte also die

Operation nicht wesentlich. Die ventrifixatio aber nach der Kastration zu unterlassen, wie einzelne Autoren (Küstner) vorschlugen aus früher schon erörterten Gründen, dieser Ansicht tritt auch Nieberding entgegen mit dem Hinweis, dass, falls die Fixation unterlassen würde, es dann später doch wieder zu Verwachsungen käme und der Erfolg der Operation in Frage gestellt würde, und weil es doch von Wichtigkeit sei, dass der Uterus dauernd seine normale Lage habe. — Der Fall ist weiterhin noch interessant wegen der gleichzeitig bestehenden Hysterie. Es wäre jedenfalls schwierig gewesen zu entscheiden, inwieweit dieselbe von der Lageanomalie des Uterus abhängig, und ob zu ihrer Besserung die ventrifixatio angezeigt gewesen wäre. Diese Frage zu entscheiden war nach Lage der Verhältnisse nicht mehr notwendig; das Resultat der Operation aber hat gezeigt, dass ein Zusammenhang der Hysterie mit der sexuellen Erkrankung nicht bestand.

III. Fall.

Anamnese: Frl. G aus W., 32 Jahre alt, leidet seit Jahren an profuser Menstruation, starkem Fluor, Harnbeschwerden, Obstipation, Kreuzschmerzen, ziehenden Schmerzen in beiden Seiten, Anorexie und fortwährendem Singultus. Sie ist vollkommen arbeitsunfähig und stark heruntergekommen.

Status: Uterus vergrößert, zeigt in seiner vorderen Wand auf der rechten Seite ein wallnussgrosses, interstitielles Myom, ist stark retrovertiert und fixiert. Beide Ovarien sind schmerzhaft, vergrößert, höckerig und fixiert. Beide Parametrien sind bindegewebig verdickt und verkürzt.

Diagnose: Uterus in fixierter Retroversion; Endometritis; interstitielles Myom; beiderseitige Peri- und Parametritis und beiderseitige Peri- und Oophoritis.

Therapie: Patientin wurde zuerst bezüglich ihrer Endometritis in Behandlung genommen; dieselbe bestand in Aus-

schabung und häufiger Aetzung mit $66\frac{2}{3}\%$ Karbolspiritus. Nach der Heilung der Endometritis trat auffallende Besserung sämtlicher Symptome ein. Auch der Singultus war verschwunden. Plötzlich erkrankte Patientin während einer Menstruation an Fieber und ausserordentlicher Schmerzhaftigkeit des Abdomens. Singultus und sämtliche vorhin geschilderten Erscheinungen kehrten zurück.

Diagnose: Acute Perimetritis.

Therapie: Nachdem die akute Entzündung zurückgegangen war, wurde Heilung auf operativem Wege beschlossen. Es waren hier zwei Wege möglich, entweder vaginale Total-exstirpation mit Herausnahme der Ovarien oder Kastration und Ventrifixation mit Hilfe der Laparotomie. Man entschloss sich zu letzterer wegen virgineller Vagina und wegen der ausgedehnten Adhäsionen. Die Operation fand statt am 29. Juni 1897. Nach Eröffnung der Bauchhöhle fand man den Uterus durch frische und alte peritonitische Verwachsungen an der hinteren Beckenwand adhärent. Die Adhäsionen wurden manuell gelöst. Die beiden Ovarien lagen ebenfalls in ausgedehnten frischen und alten Adhäsionen und wurden nach manueller Trennung derselben allmählich der Bauchwunde genähert, doppelt und en masse unterbunden und abgeschnitten. Die Ovarien zeigten klein-cystische Follikeldegenerationen. Der Uterus wurde diesmal mit zwei versenkten Catgutnähten, welche die Bauchmuskulatur und die Fascie fassten, an die vordere Bauchwand herangenäht, die übrige Bauchwunde mit Seidennähten geschlossen. Am 9. Tage wurden die Peritonealnähte herausgenommen. Am 12. Tage fand man plötzlich die Bauchwunde frisch geplatzt und das Netz vor die Bauchwand getreten. Es wurde das Netz sorgfältig mit schwacher Karbollösung abgetupft, repointiert und die geplatzen Teile der Bauchwunde in der Länge von ca. 6 cm mit drei tiefen Seidennähten wieder vereinigt, welche bis zum 30. Tage nach der Operation liegen blieben. Die Bauchwunde zeigte sich jetzt fest verheilt. Patientin wurde entlassen.

Bei einer nach ca. 3 Monaten vorgenommenen Unter-

suchung fand man den Uterus in normaler Anteversionsstellung der vorderen Bauchwand adhärent. Die Operierte erfreute sich einer vollkommenen Gesundheit.

IV. Fall.

Anamnese: Frau K. aus S., 49 Jahre alt, hat dreimal geboren, erstmals mit 24, das dritte Mal mit 30 Jahren. Zwei Kinder waren faultot. Einmal fand Frühgeburt im 7. Monat statt. Seit der letzten Entbindung bestehen starke Menorrhagien; Menstruation tritt alle 3 Wochen ein und dauert 10 bis 12 Tage. Es bestehen Kreuzschmerzen, Schmerzen im rechten Epigastrium, Magen und Kopfschmerzen, Anorexie und Obstipation. Patientin ist arbeitsunfähig.

Status: Stark vergrößerter Uterus in fixierter Retroflexion, Cervix ausserordentlich verdickt mit Ectropium und Erosion. Rechtes Ovarium vergrößert und knollig, höckerig anzufühlen.

Diagnose: Metritis; Endometritis; Ectropium; Erosion; Retroflexio uteri fixata; Oophoritis dextra chronica.

Therapie: Es wurde zuerst die Heilung der chronischen Endometritis vorgenommen durch Ausschabung mit nachfolgender Aetzung durch $66\frac{2}{3}\%$ Karbolspiritus, und zum Schlusse am Tage vor der Operation die Erosion mit dem Paquelin in ausgiebiger Weise verschorft. Als weitere Therapie wurde die ventrifixatio mit rechtsseitiger Kastration beschlossen. Die Operation fand statt am 14. September 1897. Nach der Laparotomie wurden die festen perimetritischen Stränge zwischen Uterus und hinterer Beckenwand gelöst, ebenso die Verbindungen zwischen dem ligamentum latum dextrum und der hinteren Beckenwand; darauf das rechte vergrößerte Ovarium allmählich in die Bauchwunde hineingezogen, doppelt und en masse unterbunden und hinweggenommen, hierauf der Uterus an die vordere Bauchwand herangezogen und mit zwei versenkten Catgutnähten an die vordere Bauchwand herangenäht, die übrige Bauchwunde

mit Seidennähten geschlossen. Am 6. Tage wurden die tiefen Nähte, am 12. Tage die oberflächlichen herausgenommen. Heilung erfolgte per primam intentionem.

Bei einer im Dezember 1897 vorgenommenen Untersuchung fand sich der Uterus in normaler Anteversionsstellung der vorderen Bauchwand adhärent, die Erosion war geheilt, das Allgemeinbefinden vorzüglich.

In diesem Falle war analog dem Fall II die Ventrifixation indiziert, weil ohnehin durch die Kastration die Laparotomie notwendig war.

V. Fall.

Anamnese: Frau H. aus W., 31 Jahre alt, machte im Oktober 1892 einen Abortus im 3. Schwangerschaftsmonate durch. Während sie vor dem Abortus abgesehen von gelegentlichen Kreuzschmerzen gesund gewesen war, fühlte sie sich seit dieser Zeit dauernd krank. Die Menstruation ist seitdem stets antepionierend, sehr reichlich und dauert 7 bis 8 Tage. Es bestehen Schmerzen in den Seiten und namentlich Kreuzschmerzen, welche die Patientin dauernd arbeitsunfähig machen.

Status: Untersuchung ist sehr schmerzhaft, Uterus vergrößert in fixierter Retroversion.

Diagnose: Uterus in fixierter Retroversion durch perimetritische Verwachsungen.

Therapie: Patientin wurde längere Zeit hindurch mit Ichtyol-Glycerintampons, Massage und Dehnungen behandelt, doch ohne Erfolg. Sie wünschte deshalb durch Operation geheilt zu werden, und es wurde dann die ventrifixatio beschlossen. Die Operation fand statt am 31. Oktober 1897. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle zeigten sich ausserordentlich starke, ausgebreitete bindegewebige Verwachsungen zwischen Uterus und hinterer Beckenwand, die manuell gelöst und zerrissen wurden. Ovarien und beide ligamenta lata, namentlich das auf der rechten Seite zeigten

ausgedehnte, feste Verwachsungen mit der hinteren Beckenwand. Die Lösung namentlich des rechten Ovariums und rechten ligamentum latum war sehr schwierig. Schliesslich wurde der Uterus allmählich in die Bauchwunde hereingezogen und dort mit zwei versenkten Seidennähten an die vordere Bauchwand angenäht. Es wurde vom Catgut deshalb Abstand genommen, weil dasselbe bei mehreren vor wenigen Tagen ausgeführten Operationen sich als sehr unzuverlässig und sehr zerreislich gezeigt hatte. Im übrigen wurde die Bauchwunde in typischer Weise durch Seidennähte verschlossen. Die Heilung erfolgte per primam.

Bei einer im Dezember 1897 vorgenommenen Untersuchung fand sich der Uterus in normaler Lage. Jedoch zeigte sich hinter dem Uterus in der rechten Seite eine etwas über kindskopfgrosse Geschwulst, die für ein intraperitoneales Hämatom gehalten wurde. Das Befinden der Patientin liess nichts zu wünschen übrig.

Bei einer am 23. Januar 1898 vorgenommenen Untersuchung zeigte sich das Hämatom sehr viel kleiner. Patientin wird mit warmen Bädern und Ichtyol-Glyzerin weiter behandelt.

Eine operative Behandlung war in diesem Falle analog dem Fall I sicher indiziert. Es hätte ausser ventrifixatio vaginaefixatio in Frage kommen können. Da es sich aber um eine fixierte Retroversion handelte, die Verwachsungen ausserdem sehr stark waren, hätte vaginaefixatio nur schwer zum Ziele geführt. Abgesehen davon hätte letztere als eine Operation im Dunkeln grosse Nachteile gehabt. Die Möglichkeit starker Blutungen hätte schliesslich doch noch die Laparotomie notwendig gemacht, umsomehr als selbst bei ventrifixatio eine nachfolgende Blutung nicht vermieden werden konnte, wie das Auftreten eines Hämatoms zeigte.

Was lehren die angeführten fünf Fälle? Sie bestätigen, was Olshausen voraussagte, dass eine so einfache Laparotomie heutzutage von kundiger Hand und exact ausgeführt eine wesentliche Gefahr nicht involviere. Sämtliche fünf Operierte sind genesen; der Erfolg war in allen Fällen soweit es die Lageanomalie des Uterus und die davon

abhängigen Beschwerden betraf, ein dauernder und durchaus günstiger.

Die ventrifixatio hat sich einen dauernden Platz unter den gynäkologischen Operationen errungen, sie ist nach strenger Indikation ausgeführt, eine segensreiche Operation geworden und hat auch durch die vaginaefixatio nicht an Bedeutung verloren. Mit ihr mag dann wohl auch die Zahl jener unglücklichen Kranken eine geringere werden, die Jahrzehnte der Qualen und Schmerzen hindurch, wie es Schultze drastisch schildert, unfähig sind für Lebensgenuss und Lebensaufgabe, um auch schliesslich im Klimakterium noch nicht hinreichende Entschädigung für die in der Jugend durchlebten Qualen zu finden.

Litteratur.

1. v. Winkel, Lehrbuch der Frauenkrankheiten 1886.
 2. Sänger, Centralblatt für Gynäkologie 1888 Nr. 2 und 3.
 3. Klotz, Centralblatt für Gynäkologie 1888 Nr. 1 und 5.
 4. Leopold, Centralblatt für Gynäkologie 1888 Nr. 11.
 5. Leopold, v. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge 1889 Nr. 333.
 6. Küstner, v. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge 1890 Nr. 9.
 7. Realencyclopädie der gesamten Heilkunde II. Auflage 1890.
 8. Sperling, deutsche mediz. Wochenschrift 1891 Nr. 5.
 9. Hofmeier, Grundriss der gynäkologischen Operationen, II. Auflage 1892.
 10. Asch, Centralblatt für Gynäkologie 1892.
 11. Spaeth, Münchener mediz. Wochenschrift 1892 Nr. 27.
 12. Löhlein, gynäkologische Tagesfragen 1893 Nr. 3.
 13. Fritsch, deutsche mediz. Wochenschrift 1894 Nr. 1.
 14. Löhlein, deutsche mediz. Wochenschrift 1894 Nr. 1.
 15. Czempin, deutsche mediz. Wochenschrift 1894 Nr. 21.
 16. Schmidts Jahrbücher 1894 Bd. 244. Nr. 3.
 17. v. Herff, Münchener mediz. Wochenschrift 1894 Nr. 41.
 18. Merkel, Münchener mediz. Wochenschrift 1895 Nr. 33.
 19. Olshausen, Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 1895 Bd. 32, 3. Heft.
 20. Schröder-Hofmeier, Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane 1894.
-

Die Trübungsreaktion von Ernst Meinicke.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

an der medizinischen Fakultät

der Friedrich-Alexanders-Universität zu Erlangen.

Vorgelegt von

Ernst Thoma

aus Nürnberg, geb. am 20. Nov. 1898 zu Nürnberg.

Eine Syphilisreaktion muß einfach und sicher, ohne kostspieligen Apparat und eindeutig und leicht ablesbar sein, wenn sie wirklich allgemein angewendet werden soll. Viele Forscher suchten die bisher übliche Wassermann'sche Reaktion mit ihrem komplizierten Apparat durch einfachere Methoden zu ersetzen, wie Stern, v. Dungern, Hecht, Hirschfeld und Klinger, Porges und Meier, Elias und Neubauer, Fleischmann, Klausner-Bruck, Michaelis und viele andere.

Die 3 Reaktionen, die bisher vor allen anderen die besten Resultate lieferten, die Wa.R., S.G.R. und die M.T.R. wurden gleichzeitig vom April 1922 bis März 1923 an über 800 Fällen erprobt — die M.T.R. nach der von Meinicke im Februar 1923 angegebenen Methode.

Da sich bei der M.T.R. in manchen Fällen die Ablesung der „Trübung“ mit dem bloßen Auge als zu unsicher erwies, wurde dieser noch eine Ablesung der „Flockung“ mit dem Agglutinoskop angeschlossen. Später wurden die leicht positiven Fälle auch dadurch mit größerer Sicherheit erkannt, daß man durch Anwendung der Dold'schen Formolzusatzkontrolle ein den Grad der Anfangstrübung festhaltendes Vergleichsröhrchen hatte, das die Beurteilung sehr erleichterte.

Die mit den drei Reaktionen erzielten Resultate wurden in vier Tabellen zusammengestellt.

Ihr praktisches Ergebnis dürfte kurz mit folgenden Worten zusammengefaßt werden:

1. Es wurde mit der Wa.R., S.G.R. und M.T.R. ein übereinstimmendes Ergebnis in 86,08% aller Fälle erzielt.

2. Die M.T.R. zeigte 8,62% mehr positive Resultate als die Wa.R. und 8,48% mehr als die S.G.R.

3. Die zahlreichen positiven Ausschläge der M.T.R. fanden in den klinischen bezw. anamnestischen Angaben größtenteils ihre Bestätigung. Jedoch fehlten bei 3,06% der Fälle solche Anhaltspunkte, sodaß sie zum größten Teil als unspez. Resultate aufgefaßt werden müssen.

4. Die Verschiedenheit der einzelnen Diagnosen bei den fraglichen Fällen läßt keine besondere Neigung der Reaktion zu unspezifischem Ausfall bei bestimmten Krankheiten erkennen.

5. Es ergibt sich zahlenmäßig, daß sich die M.T.R. in der Erkennung von latenter Lues und von therapeutisch beeinflussten Fällen den anderen beiden Reaktionen weit überlegen zeigt.

6. Die M.T.R. eignet sich in ihrer jetzigen Verfassung noch nicht zum Ersatz der Wa.R., bedeutet jedoch eine wertvolle Ergänzung derselben.

7. Eine gleichzeitige Anwendung der S.G.R. mit der M.T.R. scheint sehr vielversprechend, da die Erstere keine unspezifischen Resultate ergab, die Letztere dagegen über die größere Reaktionsbreite verfügte.

8. Die Ablesung der Resultate der M.T.R. als „Trübung“ machte besonders bei schwach positiven Fällen Schwierigkeiten und war sehr dem subjektiven Empfinden unterstellt. Es war deshalb eine Kontrollablesung als Flockung im Agglutinoskop erforderlich.

9. Die bisherigen Ergebnisse mit der Dold'schen Formolzusatzkontrolle waren günstig. Die Ablesung der Trübung wurde durch den Vergleich mit der Kontrolle wesentlich erleichtert. Ein abschließendes Urteil kann erst an Hand eines größeren Probematerials gebildet werden.

LANE MEDICAL LIBRARY OF
STANFORD UNIVERSITY
300 PASTEUR ROAD
PALO ALTO, CALIFORNIA

